



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo Fin de Grado

Terapia Ocupacional y Enfermedad de Parkinson

Autor/es

Susana Rupérez Rubio

Director/es

Juan Francisco León Puy

Facultad de Ciencias de la Salud de Zaragoza
2011/2012

ÍNDICE.

RESUMEN.	4
INTRODUCCIÓN.	5
1.1. APROXIMACIÓN A LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP).	5
1.1.1. DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA.	5
1.1.2. PREVALENCIA E INCIDENCIA.	6
1.1.3. CLÍNICA Y SINTOMATOLOGÍA.	6
1.1.4. TRATAMIENTO.	8
1.2. LA TERAPIA OCUPACIONAL (TO) Y SU PAPEL EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.	8
1.3. LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.	10
2. OBJETIVOS.	11
3. METODOLOGÍA.	12
4. DESARROLLO. PLAN DE INTERVENCIÓN.	16
4.1. EJERCICIOS PARA MEJORAR O MANTENER LA AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA PARA LA REALIZACIÓN DE LAS AVDS.	16
4.2. ESTRATEGIAS PARA HACER MÁS FÁCIL EL DÍA A DÍA A MEDIDA AVANZAN LOS SÍNTOMAS.	21
4.3. PRODUCTOS DE APOYO.	30
4.4. ADAPTACIONES BÁSICAS EN EL HOGAR.	32
CONCLUSIONES.	34
BIBLIOGRAFÍA.	35

RESUMEN.

El parkinson es una enfermedad del sistema nervioso central de tipo neurodegenerativa, crónica y progresiva que afecta sobre todo a la coordinación de los movimientos, al tono muscular y a la postura.

Tras el Alzheimer es la enfermedad neurodegenerativa de más incidencia y no dispone de un tratamiento curativo eficaz.

Se pretende desarrollar un plan de intervención dirigido a los pacientes en estadios iniciales, fundamentalmente para evitar el deterioro, centrado en:

- Mejorar o mantener su autonomía e independencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria mediante el trabajo de la coordinación motora de miembros superiores, fina y gruesa, y el trabajo de la postura.
- Proporcionar estrategias para hacer más fácil el día a día a medida avanzan los síntomas.
- Aconsejar y asesorar sobre los productos de apoyo (antes conocidos como ayudas técnicas) existentes y las posibles adaptaciones de mobiliario.

Este plan de intervención podrá llevarse a cabo en la consulta de terapia ocupacional de forma personal e individual con el paciente y en las salas de terapia ocupacional de centros de día o residencias de forma grupal.

El plan de intervención comienza con la enumeración de los objetivos generales y específicos, sigue con la valoración del paciente para determinar el estadio en el que se encuentra la enfermedad, para continuar con las actividades de trabajo. Por último se establecerán las conclusiones del mismo.

INTRODUCCIÓN.

1.1. APROXIMACIÓN A LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP).

1.1.1. DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA.

La EP fue descrita por primera vez en 1817 por James Parkinson ⁽¹⁾.

Según la RAE es un trastorno neurológico, propio por lo general de personas de edad avanzada, caracterizado por lentitud de movimientos voluntarios, debilidad y rigidez muscular y temblor rítmico de los miembros. ⁽²⁾

Se trata de una enfermedad cerebral degenerativa crónica, lentamente progresiva, debida a un déficit cerebral de dopamina, por una disminución de su producción en determinadas estructuras cerebrales. ⁽³⁾

La dopamina es el neurotransmisor que regula los impulsos para que la actividad muscular sea fluida y eficaz, su pérdida hace que las células nerviosas actúen sin control y se pierda la voluntariedad de los movimientos. ⁽⁴⁾

Produce incapacidad física y mental que afecta a la calidad de vida del enfermo que la padece y conlleva consigo pérdida de la autonomía. ⁽⁵⁾

1.1.2. PREVALENCIA E INCIDENCIA.

Existen unos 3.000 casos en Aragón (ahora ya se habla de entre 5.000 y 6.000 casos aunque no hay estudios epidemiológicos actuales), entre 75.000 y 100.000 en España y unos 6 millones en el mundo. El 80% de los casos se producen entre los 40-70 años, solo el 10% antes de los 40 y el otro 10% por encima de los 70. ⁽³⁾

No hay diferencias importantes según la raza o el sexo ⁽³⁾, no obstante algunos estudios demuestran una pequeña predominancia masculina y ser menos frecuente en la raza negra. ⁽⁴⁾

1.1.3. CLÍNICA Y SINTOMATOLOGÍA.

Los síntomas más comunes (y en cuyo trabajo nos centraremos) son temblor, lentitud de movimientos, rigidez y trastornos en la postura y equilibrio ⁽⁵⁾, todo ello afecta y dificulta la marcha.

■ **Temblor.**

Es uno de los síntomas iniciales de la enfermedad y también uno de los más característicos. Es progresivo y asimétrico, afecta sobre todo a los miembros, comenzando por uno de ellos y afectando de forma progresiva al resto, y a la cara.

Suele incrementarse con el nerviosismo y la realización de movimientos repetitivos. Con el paso del día fluctúa en amplitud e intensidad y desaparece con el sueño.

Podemos diferenciar tres tipos; en reposo, postural o de acción.

■ **Lentitud de movimientos o Bradicinesia.**

Es uno de los síntomas más incapacitantes para el paciente. Afecta principalmente a los músculos de la cara y los músculos de las extremidades.

Se trata de un enlentecimiento progresivo de los movimientos voluntarios, sobre todo cuando se inician movimientos tales como la marcha, los cambios de postura o los relacionados con destrezas manuales.

Característica es la marcha "a pequeños pasos" y su última expresión es el "bloqueo o congelación", donde parece que el paciente se queda pegado al suelo, incapaz de iniciar el movimiento.

■ Rigidez.

Todos los músculos de las extremidades afectadas están rígidos y se produce un aumento del tono muscular.

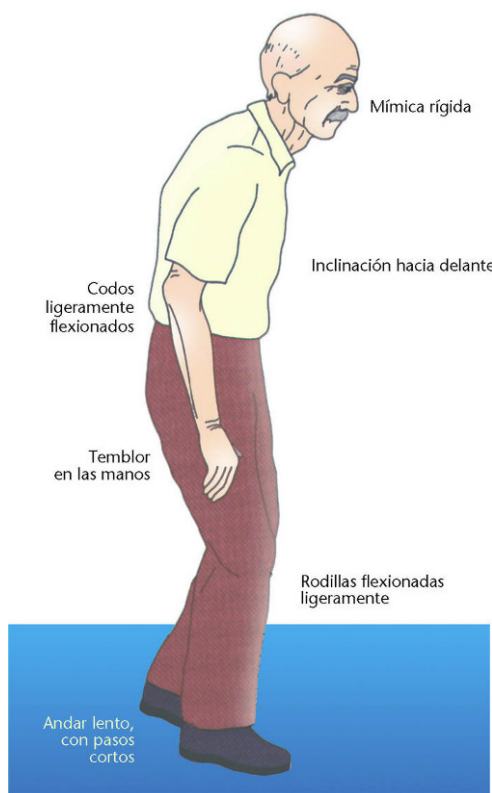
Existen dos tipos característicos de rigidez, en "barra de plomo" que se mantiene a lo largo del movimiento y en "rueda dentada" que aparece de forma intermitente.

La rigidez muscular, unida al temblor y al enlentecimiento de los movimientos, hace que acciones como escribir, abotonarse una camisa o atarse unas zapatillas sea muy complicado por no decir imposible.

■ Trastornos en la postura y equilibrio.

Los enfermos de parkinson tienen dificultad para mantenerse en posición erecta, cuando intentan caminar hacia delante la cabeza y el tronco no se coordinan con los pies. ⁽⁴⁾

En la siguiente imagen se muestra la postura característica de los enfermos de parkinson.



Otros trastornos son: dolores musculares y osteoarticulares, trastornos del habla, problemas para comer, dificultad en la micción y estreñimiento, sudoración excesiva y seborrea, trastornos oculares, respiratorios, del sueño, sexuales, afectivos y cognitivos y alteraciones mentales inducidas por medicamentos.⁽⁵⁾

1.1.4. TRATAMIENTO.

La EP es una enfermedad crónica que no tiene tratamiento curativo, no obstante, en la actualidad puede ser controlada.

Aunque existe un tratamiento quirúrgico, que no es aplicable a todos los pacientes, y con el tratamiento farmacológico se obtienen buenos resultados (no profundizaremos en ellos por no ser parte del objetivo del trabajo), no son suficientes y es necesario un abordaje personalizado y multidisciplinar con intervención de psicólogos, neurólogos, logopedas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales...⁽⁵⁾

Muchos libros hablan de la EP pero muy pocos en lengua castellana exponen su tratamiento integral.

1.2. LA TERAPIA OCUPACIONAL (TO) Y SU PAPEL EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.

Muchos son los autores que han definido la TO y muchas las adaptaciones de dichas definiciones, vamos a centrarnos en cuatro de ellas, por ser las que nos parecen más interesantes y reseñaremos aquello directamente relacionado con el trabajo que nos ocupa, la EP.

1. En 1981, después de varias definiciones, la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) define la TO como "el uso de la **actividad propositiva**, con **individuos que se encuentran limitados por una lesión o enfermedad física**, disfunción psicosocial, incapacidades del desarrollo o del aprendizaje, pobreza o diferencias culturales o por el proceso de envejecimiento, **con los fines de maximizar la independencia, prevenir la incapacidad** y mantener la salud. Su práctica incluye **evaluación, tratamiento y consulta**. Los servicios específicos de Terapia Ocupacional incluyen: enseñanza de las destrezas de la vida diaria; desarrollo de las destrezas perceptivo-motrices y del funcionamiento sensorial integrado; desarrollo de las destrezas de juego y de las capacidades prevocacionales y para el tiempo libre; diseño y fabricación o aplicación de aparatos ortésicos o protésicos seleccionados o equipamiento; utilización de **activi-**

dades de artesanía y ejercicios especialmente diseñados para posibilitar el desempeño funcional; administración e interpretación de pruebas tales como el balance muscular y el grado de movilidad, **análisis y evaluación de las AVD**, tanto Básicas como Instrumentales y Avanzadas, **diseño, adaptación y entrenamiento en las Ayudas Técnicas**, así como la **adaptación del entorno para el discapacitado**.”⁽⁶⁾

2. En 1997 el profesor Jesús Gómez Tolón escribe de la TO como “el arte y la ciencia de dirigir la **respuesta del paciente en la realización de la actividad intencionada** hacia **objetivos específicos**, previamente **analizada y seleccionada** en función de las necesidades del enfermo, **incapacitado** o marginado y con fines de evaluación, prevención, **adiestramiento**, reeducación, **tratamiento** y reinserción tendentes a conseguir el **máximo grado de autonomía** con el mínimo de alienación posible para conseguir una equilibrada adaptación del medio”.⁽⁶⁾
3. La Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO) la define como “una profesión socio-sanitaria, que por medio de la **valoración de las capacidades y problemas físicos**, psíquicos, sensoriales y sociales del individuo pretende, con un adecuado **tratamiento**, capacitarle para **alcanzar el mayor grado de independencia posible en su vida diaria**, contribuyendo a la recuperación de la enfermedad y/o facilitando la **adaptación a su discapacidad**.”⁽⁷⁾
4. En 2003, el Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón, la define como “disciplina socio-sanitaria que a través de la **adaptación del entorno y la actividad significativa**, previamente **analizada y seleccionada** en función de la evaluación de las capacidades, incapacidades, necesidades e intereses del usuario, trabaja con los objetivos de mantener la salud, prevenir la enfermedad, **mejorar la calidad de vida e incrementar la autonomía** e integración de aquellas personas que padecen, o presentan riesgo de padecer, cualquier tipo de discapacidad (física, cognitiva, psiquiátrica, social o sensorial), tratando de **potenciar o suplir las funciones disminuidas o perdidas**”.⁽⁸⁾

La terapia ocupacional, pretende, por medio de la actividad, retrasar el avance de los síntomas de la enfermedad, y conseguir la mayor autonomía e independencia del paciente para mantener y/o mejorar su calidad de vida.

No olvidemos que la TO favorece la restauración de la función, suple los déficits invalidantes para conseguir una mayor independencia y re-

inserción física, psíquica y social del individuo lo que mejora su autoestima y autonomía. ⁽³⁾

En el tratamiento del paciente con parkinson deberemos tener en cuenta no solo los síntomas generales de la enfermedad si no también los problemas individuales de cada uno de ellos y por supuesto sus potencialidades. ⁽⁹⁾

1.3. LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.

En esta introducción hemos mencionado de forma repetitiva el termino AVD. Las AVDs son "las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas." ⁽¹⁰⁾

Básicamente hablamos de dos tipos de AVDs, **básicas**, relacionadas con el autocuidado y la movilidad: caminar, levantarse, acostarse, asearse, vestirse, comer...e **instrumentales**, aquellas que se realizan para interactuar con el medio: manejo de dinero, uso de transporte, cuidado de la casa... También se habla de un tercer tipo, **avanzadas**, relacionadas con el ocio y el trabajo. ⁽¹¹⁾

Nos centraremos en las primeras, las básicas, por ser la afectación de estas lo que más puede dificultar la autonomía e independencia del paciente; no olvidemos que los síntomas principales de la EP (temblor, bradicinesia, rigidez y trastornos en la postura y equilibrio) interfieren directamente.

2. OBJETIVOS.

Los objetivos generales de la TO son:

- Evaluar al paciente a nivel cognitivo y en cuanto a su desempeño en las AVDs.
- Participar en el diseño del plan de intervención individualizado.
- Aplicar las técnicas de estimulación cognitiva convenientes en cada caso.
- Proponer las modificaciones necesarias en el entorno para favorecer y fomentar la autonomía personal del paciente.
- Recomendar, prescribir y formar en el uso de los productos de apoyo relacionados (para la alimentación, vestido, ocio y tiempo libre...).
- Informar a la familia de la evolución del paciente y del plan de intervención.
- Informar al resto del equipo del estado de la evolución del paciente.

De forma más concreta con este plan de intervención pretendemos:

- Conseguir la máxima autonomía e independencia en las AVDs.
- Enseñar al paciente las estrategias que le pueden ayudar en su día a día.
- Asesora sobre los productos de apoyo y adaptaciones del mobiliario la paciente y a su familia.

3. METODOLOGÍA.

En primer lugar evaluaremos al paciente para establecer posteriormente el plan de intervención y conocer finalmente la evolución del mismo.

Existen numerosas escalas de valoración para la EP, destacan: UPDRS (Unified Parkinson Disease Rating Scale), Hoehn y Yahr; Ziegler-Bleton; de NUDS (Northwestern University Disability Scale); de Webster; de CURS (Columbia University Rating Scale); de la Marcha para la Enfermedad de Parkinson; de King College Hospital; Escala de ISAPD...⁽¹²⁾

Y también muchas evalúan la autonomía o independencia en las AVDs: índice de Barthel, de Katz, de Lawton y Brody...

En este plan de intervención valoraremos la independencia en las AVDs con la escala de Barthel y el grado de afectación con la escala de incapacidad funcional de Hoehn-Yahr.

Escala de Barthel

ALIMENTACIÓN	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de usar cualquier cubierto. Come en un tiempo razonable.
5	AYUDA. Necesita ayuda para cortar, extender la mantequilla, etc.
0	DEPENDIENTE.
BAÑO	
5	INDEPENDIENTE. Se lava completo en ducha o baño, o se aplica la esponja por todo el cuerpo. Entra y sale del baño. Puede hacerlo todo sin que haya una persona.
0	DEPENDIENTE.

VESTIDO	
10	INDEPENDIENTE. Se viste, se desnuda y se abrocha la ropa. Se ata los zapatos. Se pone braguero o corsé, si es preciso.
5	AYUDA. Necesita ayuda, pero realiza al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
0	DEPENDIENTE.
ASEO PERSONAL	
5	INDEPENDIENTE. Se lava la cara, las manos, los dientes, etc. Se afeita y maneja el enchufe, si usa maquinilla eléctrica.
0	DEPENDIENTE.
DEPOSICIÓN	
10	CONTINENTE. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita enemas o supositorios, se arregla por sí solo.
5	INCONTINENTE OCASIONAL. Presenta episodios ocasionales de incontinencia o necesita ayuda para el empleo de enemas o supositorios.
0	INCONTINENTE.
MICCIÓN	
10	CONTINENTE. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, atiende a su cuidado por sí solo.
5	INCONTINENTE OCASIONAL. Presenta episodios ocasionales de incontinencia o necesita ayuda para el empleo de la sonda o colector.
0	INCONTINENTE.
USO DEL RETRETE	
10	INDEPENDIENTE. Usa el retrete, bacinilla o cuña. Se sienta y se levanta sin ayuda (aunque use barras de apoyo). Se limpia y se quita y pone la ropa sin ayuda.
5	AYUDA. Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o quitarse y ponerse la ropa.
0	DEPENDIENTE.
TRASLADO SILLÓN-CAMA	
15	INDEPENDIENTE. No necesita ninguna ayuda. Si utiliza silla de ruedas, lo hace independientemente.
10	MÍNIMA AYUDA. Necesita ayuda o supervisión mínima.
5	GRAN AYUDA. Es capaz de sentarse, pero necesita asistencia total para el traslado.
0	DEPENDIENTE.
DEAMBULACIÓN	
15	INDEPENDIENTE. Puede caminar independientemente al menos 50 metros, aunque se ayude de bastón, muletas, prótesis o andador sin ruedas.
10	AYUDA. Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión.
5	INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS. Si propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros.
0	DEPENDIENTE.

ESCALONES	
10	INDEPENDIENTE. Es capaz de subir o bajar escaleras sin ayuda o supervisión, aunque requiera dispositivos como muletas o bastones o se apoye en la barandilla.
5	AYUDA. Necesita ayuda física o supervisión.
0	DEPENDIENTE.

Esta escala se administra mediante una entrevista con el paciente y/o un familiar.

La puntuación de máxima independencia es de 100 puntos y la de máxima dependencia de 0 puntos, más concretamente:

- a) 0-20: Dependencia total.
- b) 21-60: Dependencia severa.
- c) 61-90: Dependencia moderada.
- d) 91-99: Dependencia escasa.
- e) 100: Independencia. ⁽¹³⁾

Escala de incapacidad funcional de Hoehn-Yahr⁽¹²⁾

<p>Estadio I.</p> <p>Comprende el inicio de la enfermedad. Afectación unilateral, con daño leve, correspondiente a la tríada parkinsoniana (rigidez, temblor y bradicinesia) que todavía permite la vida cotidiana y profesional normal.</p> <p>Algunos enfermos inician su sintomatología en ambos lados y por consiguiente no presentan esta fase.</p> <p>La duración media de esta fase es de tres años.</p>
<p>Estadio II.</p> <p>Afectación bilateral y axial. Por lo general persiste una asimetría en la intensidad de la sintomatología, siendo el lado inicial el más afectado. Aparecen en esta fase los primeros trastornos posturales, con aumento de la cifosis dorsal y adducción de los miembros superiores, volviendo más difícil la vida profesional.</p> <p>La duración media de la enfermedad en esta fase es de seis años.</p>
<p>Estadio III.</p> <p>Afectación bilateral. Aparición de trastornos del equilibrio y afectación de los reflejos posturales y de enderezamiento. Aparecen caídas espontáneas, marcha festinante y congelación del movimiento.</p> <p>Los pacientes en esta fase son independientes en las actividades de la vida diaria.</p> <p>La duración media de la enfermedad en esta fase es de siete años.</p>
<p>Estadio IV.</p> <p>Afectación bilateral con inestabilidad postural importante. Empieza a experimentar los efectos secundarios de la medicación dopaminérgica: fenómeno on-off (el paciente alterna fases de mejoría on con fases en las que queda prácticamente inmovilizado por completo, off). Presenta incapacidad para realizar una marcha autónoma y se vuelve indispensable una ayuda exterior para los actos de la vida cotidiana.</p> <p>La duración media de esta fase es de nueve años.</p>

Estadio V.

Enfermedad grave, totalmente desarrollada. El enfermo es totalmente dependiente de sus familiares o cuidadores. Se trata de una fase de postración cama-sillón. La duración media de la enfermedad en esta fase es de 14 años.

Para determinar el estadio del paciente es importante la observación por parte del terapeuta y una entrevista con el y con algún familiar.

NOTA: los estadios nos servirán también para establecer grupos de pacientes con similares características.

Este plan de intervención está enfocado a los pacientes de los estadios I y II según Hoehn-Yahr y con dependencia escasa o moderada en las AVDs según Barthel.

4. DESARROLLO. PLAN DE INTERVENCIÓN.

Tras la valoración del paciente en cuanto a sus posibilidades y limitaciones, el plan de intervención sigue nuestros tres objetivos específicos.

4.1. EJERCICIOS PARA MEJORAR O MANTENER LA AUTONOMÍA E INDEPENDENCIA PARA LA REALIZACIÓN DE LAS AVDS.

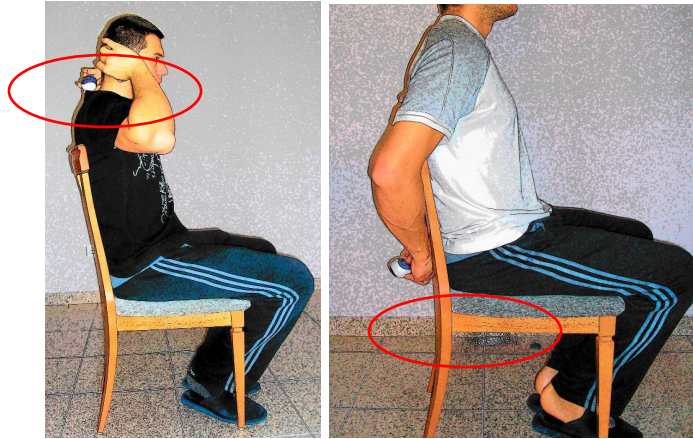
La idea es realizar una serie de ejercicios básicos por la mañana (con los que trabajar la psicomotricidad y corrección de la postura), que también pueden hacerse tipo juego en grupo, y exponerle al paciente que los realice una o dos veces a lo largo del día mientras realiza actividades de la vida diaria.

No olvidemos que la TO se basa en la actividad, las sesiones de ejercicios únicamente físicos se proporcionarán desde fisioterapia.

■ Movilidad del hombro.

□ Ejercicio básico.

Utilizando una pelota la pasamos de una mano a la otra una vez por detrás de la cabeza y otra vez por detrás de la espalda.



□ Adaptación en el hogar.

Este ejercicio puede hacerlo el paciente en cualquier momento del día, por ejemplo si está cocinando cada vez que coja un utensilio o ingrediente lo pasa, antes y después de su uso, a la otra mano una vez por detrás de la cabeza y la otra por detrás de la espalda, si va a cambiar la televisión de canal, si se van a colocar unas gafas, si se está tendiendo, ponerse y quitarse un cinturón, ponerse y quitarse un collar...

□ Ejercicio básico.

Con un palo o barra y en tres movimientos brazos al frente con los codos estirados, brazos arriba con los codos estirados y brazos por detrás de la cabeza con los codos flexionados.



▣ Adaptación en el hogar.

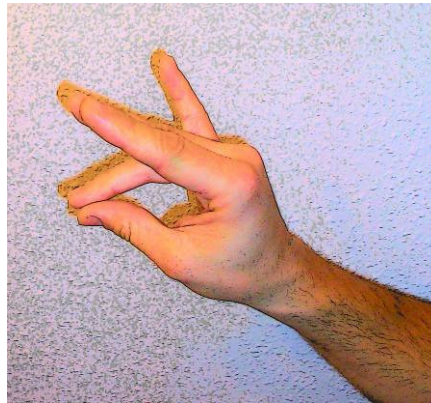
A la hora de tender coger la ropa y estirla previamente utilizando el movimiento visto, si vamos a peinarnos coger el cepillo, brazo al frente, brazo al alto y cepillamos el cabello flexionando el codo, en la cocina ponerse el delantal previa realización de estos tres movimientos...

■ **Movilidad de los dedos.**

▣ Ejercicio básico.

Llevar a tocar la yema del dedo pulgar con la del resto de los dedos, de uno en uno.

Si además lo hacemos con el brazo estirado también estaremos trabajando el hombro.



▣ Juego.

Bingo, parchis, tres en raya, cualquier juego en el que se utilicen piezas pequeñas con la norma de cada vez que haya que cogerlas se haga pinza con un dedo distinto.

▣ Adaptación en el hogar.

Realizar ese movimiento siempre que se cuente menos de 10, coger monedas cada vez con un dedo, si la movilidad todavía es buena al tender abrir la pinza cada vez con un dedo...

▣ Ejercicio básico.

Con los brazos pegados al cuerpo, codos flexionados manos hacia arriba abrir y cerrar los dedos manteniéndolos estirados, y lo mismo con las manos hacia abajo.



■ **Coordinación**

▣ Ejercicio básico.

Sentado con la espalda recta levantar la pierna con la rodilla flexionada y pasar una pelota por debajo de ella.



▣ Adaptación en el hogar.

Siempre que se esté sentado y se maneje cualquier utensilio pasarlo por debajo de cada rodilla antes del su uso, por ejemplo comiendo los cubiertos, la servilleta, viendo la tele el mando...

▣ Ejercicio básico.

Realizar la pronación y supinación del antebrazo con los brazos pegados al cuerpo y los codos flexionados.

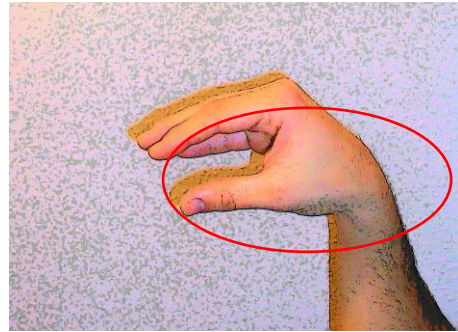
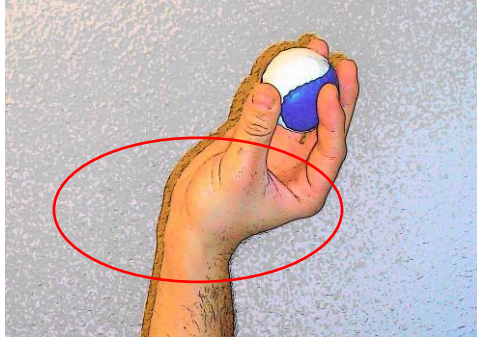


▣ Adaptación en el hogar.

Realizar este movimiento cuando se va a agitar un producto.

□ Ejercicio básico.

Lanzar una pelota de una mano a la otra con un movimiento de muñeca.



□ Juego.

Si jugamos al bingo, la persona que saca las bolas las muestra con este movimiento de muñeca.

También, podemos lanzar la pelota al suelo para que bote y encestar en un cubo o que otro paciente que esté situado enfrente la coja.

□ Adaptación en el hogar.

Realizar ese movimiento al agitar un producto.

4.2. ESTRATEGIAS PARA HACER MÁS FÁCIL EL DÍA A DÍA A MEDIDA AVANZAN LOS SÍNTOMAS.

El objetivo primordial es que el paciente mantenga la autonomía e independencia y esto implica que haga todo lo posible por el mismo.

Evidentemente si no es posible que el paciente realice las AVDs solo otra persona le ayudará, pero solo en lo que necesite, el paciente debe hacer lo máximo posible.

■ Transferencias.

□ Salir de la cama.

El paciente se sitúa tumbado en decúbito supino con los brazos estirados a lo largo del cuerpo.

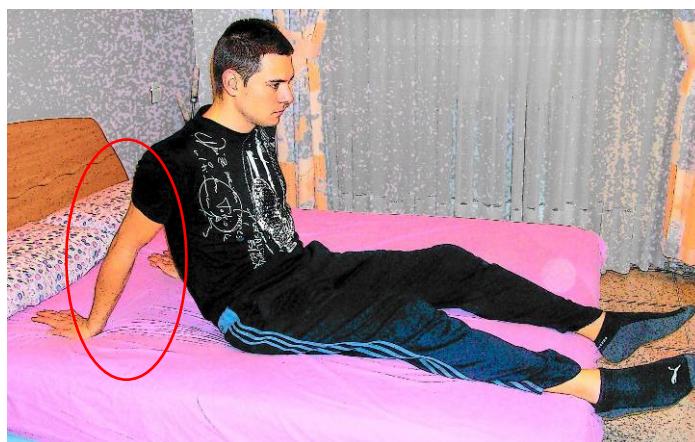


3 movimientos:

- Levantar la cabeza dirigiendo la barbilla hacia el pecho hasta colocarse incorporado con los codos apoyados sobre la cama.



- Seguir incorporándose hasta colocar las manos sobre la cama con los codos estirados.



- Girar la cadera para sacar las piernas fuera de cama sentándose sobre el borde.



□ Entrar de la cama.

El paciente se sitúa sentado en la cama calculando que al tumbarse la cabeza se sitúa sobre la almohada. 3 movimientos.

- Semi-tumbarse apoyando los brazos.



- Subir las piernas, preferentemente primero la del lado más sano y por último la más afectada.

- Terminar de tumbarse.



▣ Situarse al borde de la cama.

En decúbito supino con los brazos a lo largo del cuerpo. 3 movimientos.

- Flexionar las rodillas apoyando firmemente las plantas de los pies.



- Elevar la pelvis moviéndola hacia el borde de la cama.



- Trasladar las piernas y el tronco flexionando la cabeza pegando la barbilla al pecho.



□ Cambiar a decúbito lateral en la cama.

En decúbito supino con los brazos a lo largo del cuerpo.



4 movimientos.

- Flexionar las rodillas apoyando las plantas de los pies.



- Girar las piernas hacia un lado.



- Entrelazar las manos y levantar los brazos con los codos estirados.
- Girar la cabeza y el tronco hasta apoyar los brazos.



▣ Incorporarse del suelo.

Situados en decúbito lateral, 3 movimientos.



- Ponerse a cuatro patas apoyándose sobre el codo y la mano.



- Levantar una rodilla.

- Apoyarnos con las manos sobre la rodilla levantada para impulsarnos y levantarnos.

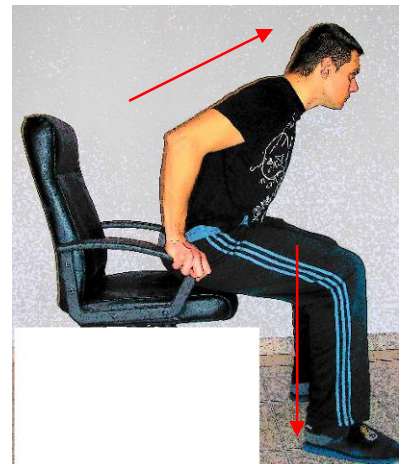
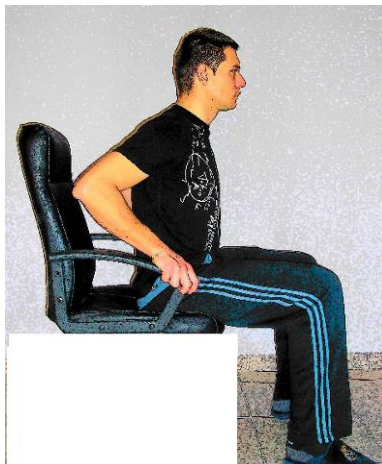


□ Incorporarse de una silla.

Situarse en el borde de la silla con los pies apoyados en el suelo un poco separados en paralelo o uno un poco más adelantado que el otro.

2 movimientos.

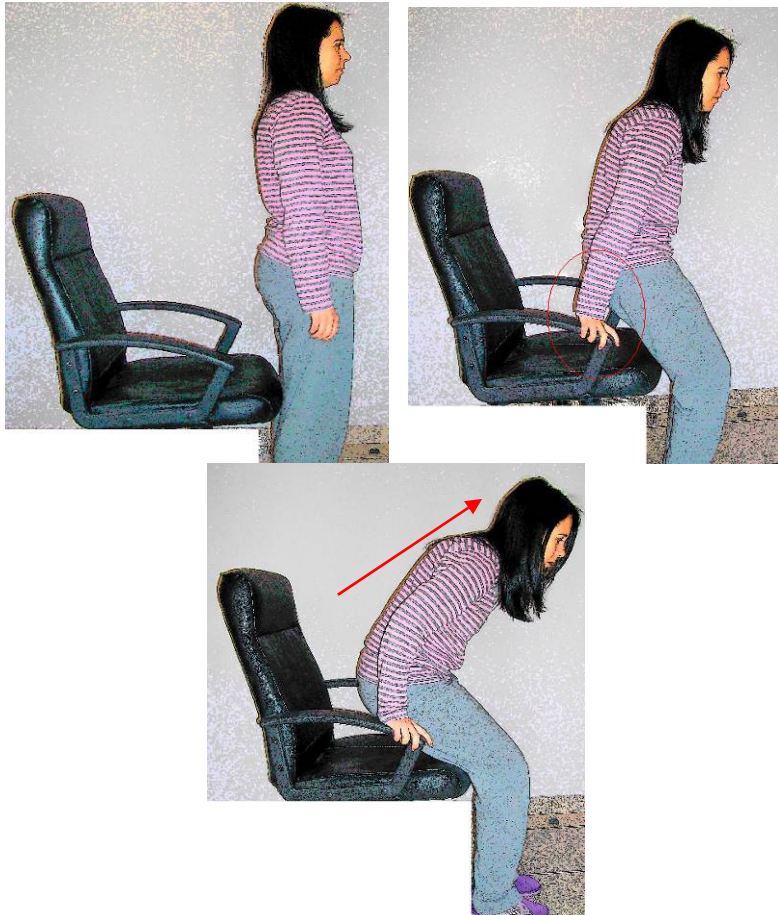
- Apoyar las manos sobre los brazos de la silla.
- Balancearse hacia delante mientras se impulsa con los pies para levantarse.



▣ Sentarse en una silla.

Situarse lo más cerca posible de la silla.

- Colocar las manos sobre los brazos de la silla.
- Inclinarse hacia delante.
- Sentarse.

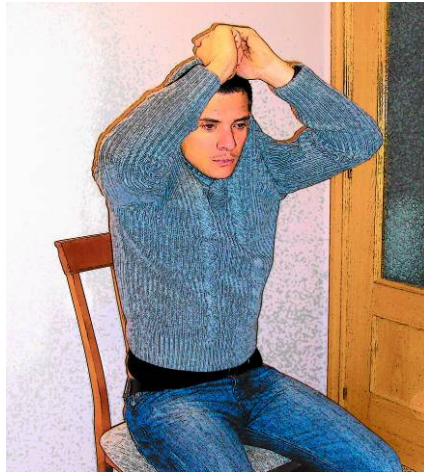


■ **Vestido.**

Será de gran ayuda colocar todo lo que se vaya a utilizar al alcance y según el orden de uso.

- ▣ La ropa debe ser holgada y de tejidos elásticos.
- ▣ Se prefiere el uso de elásticos o velcros en vez de botones o cremalleras.
- ▣ Siempre se comienza el vestido por el lado más afectado. Al desvestirse es al revés, siempre primero el lado más sano.

- En el caso de los jerseys se introducen primero los brazos y por último la cabeza. Para quitárselo primero sale la cabeza tirando de la parte de atrás del cuello del jersey y luego los brazos.



- En el caso de pantalones o faldas se comienza el vestido sentado y luego se incorpora para terminar de ponerlo.

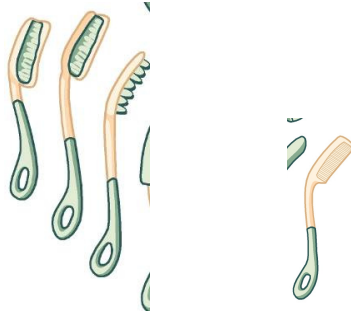
■ Alimentación.

- Es muy importante mantener una correcta postura, espalda recta y apoyada sobre el respaldo, cadera y rodillas flexionadas a 90°
- Por lo general y si el paciente no tiene disfagia, la consistencia blanda de la comida y sorbos de agua fría ayudan a tragar.
- Los cubiertos deben pesar poco y todos los utensilios deben ser de difícil rotura ya que pueden caerse, por lo que se puede evitar el cristal.

4.3. PRODUCTOS DE APOYO.

■ Higiene.

- Existen también numerosas ayudas para facilitar la higiene del paciente, entre ellas podemos destacar los peines y cepillos de pelo, cepillos para la ducha, cepillos de dientes con mangos alargados.



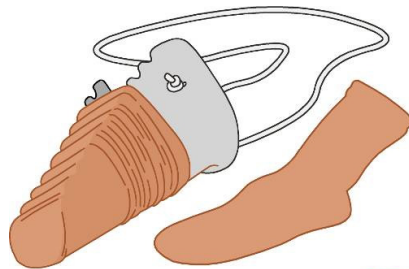
- Cortadores de uñas con base que apoya en la mesa.



- Se prefieren los utensilios eléctricos en el caso del cepillo de dientes o de la maquinilla de afeitar.

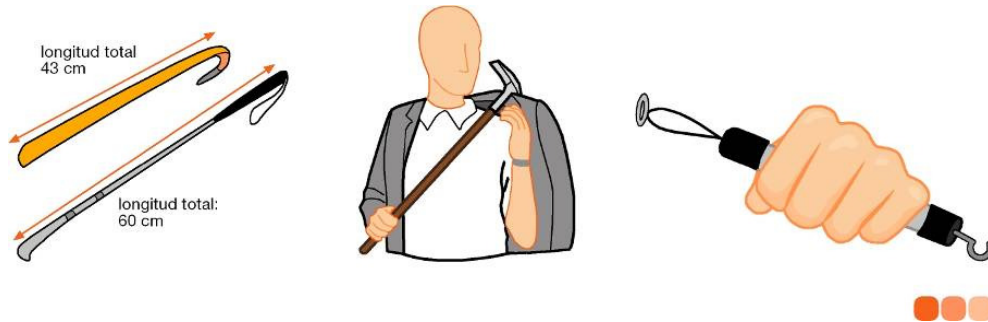
■ Vestido.

- Para facilitar la puesta de medias y calcetines o colocarse los zapatos y sobre todo evitar la movilidad del cuerpo existen calzamedias (elementos curvos en los que se coloca la prenda y facilita su puesta) y calzadores.



Calzamedias

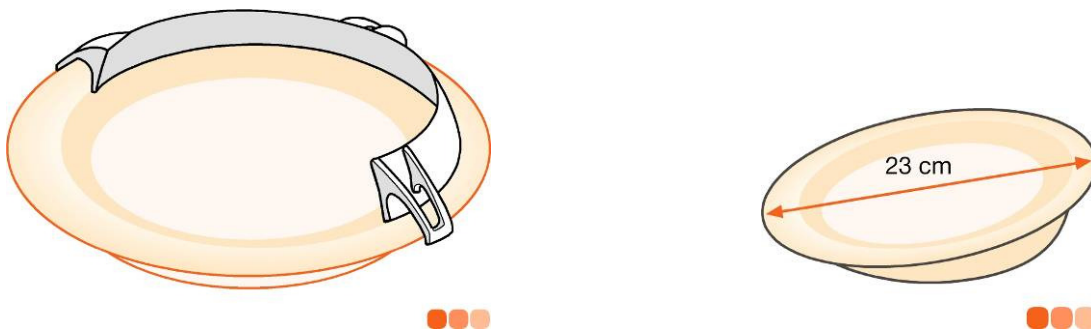
- Si el problema es la coordinación y la manipulación final de miembro superior se pueden utilizar abotonadores.



Ayuda para el vestido y abotonador.

■ Alimentación.

- Platos con inclinación y con bordes elevados.



- Para facilitar la bebida existen vasos cuyo borde no es recto, si no que tiene forma para la nariz, utilizar pajita o vasos con dos asas con o sin bebedor.



- Si la movilidad de la mano empieza a afectarse son de gran ayuda los engrosadores de mangos para cualquier tipo de utensilio existen de numerosos materiales.



4.4. ADAPTACIONES BÁSICAS EN EL HOGAR.

Para facilitar la movilidad dentro del domicilio y las AVDs se propone:

- **Estancias en general.**

- No deben existir alfombras, ni obstáculos como cables o muebles que dificulten la deambulación.
- Colocar barandillas si la deambulación es inestable.

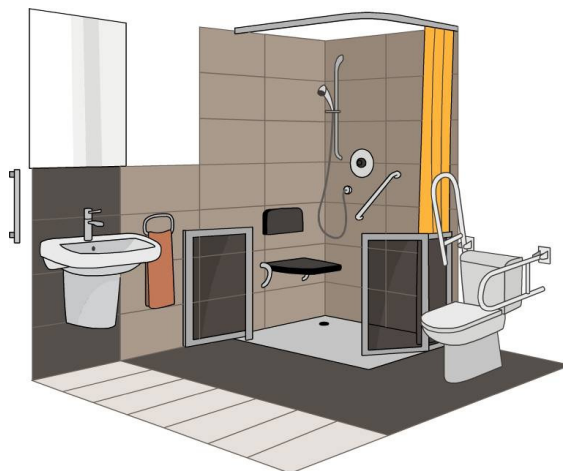
- ❑ Colocar los armarios y sobre todo los utensilios de uso habitual a una altura de fácil alcance.

■ **Cama, sillas y sofá.**

- ❑ La cama no debe ser demasiado baja ni demasiado alta, el paciente sentado en ella debe llegar con los pies al suelo teniendo la cadera y rodillas flexionadas a 90°.
- ❑ El colchón debe ser firme pero no demasiado duro.
- ❑ Las sillas y sofá deben tener respaldo y asiento firme y a ser posible reposabrazos, permitir que la espalda esté totalmente recta y las caderas y rodillas flexionadas a 90° y con los pies apoyados en el suelo.

■ **Baño**

- ❑ Para evitar que el paciente tenga que agacharse mucho se puede elevar el WC.
- ❑ Colocar barras y asideros en el WC para facilitar el sentado y levantado. Las barras también son útiles en la bañera o ducha.
- ❑ Es preferible la ducha sobre la bañera, ya que entrar terminará resultando dificultoso. Se recomienda colocar un asiento para que el baño pueda hacerse sentado y superficie antideslizante tanto en el asiento como en el suelo.
- ❑ Con un lavabo sin pie se podrá colocar una silla para realizar el aseo personal sentado.
- ❑ Si el paciente va a realizar las tareas de cuidado personal sentado se debe valorar la altura del lavabo posiblemente deberá colocarse un poco más bajo al igual que el espejo.



●●● Baño adaptado

CONCLUSIONES.

La EP es una enfermedad crónica y progresiva que merma la autonomía e independencia del paciente que la padece.

El tratamiento farmacológico controla el avance de la enfermedad pero un tratamiento multidisciplinar que englobe disciplinas como la TO, la fisioterapia, la logopedia... hace que el paciente mantenga durante más tiempo su autonomía e independencia e incluso mejore su sintomatología. lo que contribuirá también un mejor estado de ánimo.

La terapia ocupacional será fundamental, ya que el paciente, mediante la actividad, evita la progresión rápida de la enfermedad. Además pequeñas modificaciones en el mobiliario y utensilios harán más posible que el paciente se valga por si mismo en muchas de las actividades de la vida diaria lo que descargará a la familia y dará intimidad y autoestima al paciente.

BIBLIOGRAFÍA.

- ⁽¹⁾ Tolosa Sarró E, Bayés Rusiñol A. La enfermedad de Parkinson. Orientaciones para una vida activa. Sandoz Pharma, S.A.E. 1994. Barcelona.
- ⁽²⁾ Diccionario de la lengua española – 22 ed.
- ⁽³⁾ Pérez Trullén J, Blasco Gasca O, Cabrejas Roj P. La enfermedad de parkinson. Orientación al cuidador y al paciente. Viguera Editores, S.L. 2010. Barcelona.
- ⁽⁴⁾ Campolongo Perillo A. Equipo multidisciplinar en la enfermedad de Parkinson. Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L. 2006. Barcelona.
- ⁽⁵⁾ Bayés À, et al. Tratamiento Integral de la persona afectada por la enfermedad de Parkinson. Ed. Fundació Institut Guttmann. 2000. Barcelona.
- ⁽⁶⁾ Gómez Tolón J. Fundamentos metodológicos de la terapia ocupacional. Mira editores. 1997. Zaragoza.
- ⁽⁷⁾ Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales. <http://apeto.com/>
- ⁽⁸⁾ Código Deontológico de la Profesión de Terapeuta Ocupacional. <http://www.terapia-ocupacional.com>
- ⁽⁹⁾ Chueca Miguel E. Párkinson día a día: Antes de decir «no puedo», ¡inténtalo!. Asociación Parkinson Madrid. 2009. Madrid.
- ⁽¹⁰⁾ LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299 del 15 de diciembre de 2006.
- ⁽¹¹⁾ El portal en español de Terapia Ocupacional. <http://www.Terapia-Ocupacional.Com>

- ⁽¹²⁾ Escalas de valoración y tratamiento fisioterápico en la enfermedad de Parkinson. Revista fisioterapia. Ed. Elsevier. Volumen 34, Número 02, Marzo 2012 - Abril 2012. Versión digital.
- ⁽¹³⁾ Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. Revista española de Salud Pública. v.71 n.2 Madrid Mar./Abr. 1997. Biblioteca virtual Scielo España.

Otra bibliografía utilizada:

- Cudeiro Mazaira FJ. Reeducción funcional en la Enfermedad de Parkinson. Ed. Elsevier. 2008. Barcelona.
- Imágenes tomadas del texto de los cursos "Atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales" y "Atención sociosanitaria a personas en el domicilio" de Master Distancia S.A.